

(第13回研修医症例報告会) 巨大脾腫を契機に診断に至ったサルコイドーシスの1例

著者名	山梨 裕希, 児玉 和久, 田原 純子
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	89
号	1
ページ	21-21
発行年	2019-02-25
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032280

doi: 10.24488/jtwmu.89.1_17(https://doi.org/10.24488/jtwmu.89.1_17)

つであるが、稀に気管切開管理による局所の壊死から瘻孔が形成されることもある。今回、過去の気管切開の合併症と考えられる食道気管瘻を経験したので報告する。〔症例〕47歳男性。7年前に他院で肺結核合併気胸に対して右肺部分切除術が施行された。術後気管切開を要したが呼吸状態は改善し、気管切開口は閉鎖された。閉鎖後も水分摂取でむせ込みがあり誤嚥性肺炎を繰り返していた。内視鏡にて食道入口部より17 cmの気管膜様部に3 mm大の瘻孔を認めた。今回瘻孔部食道閉鎖と大胸筋皮弁を用いた気管再建術が予定された。〔手術〕麻酔はプロポフォールとロクロニウムで迅速導入を行い、シングルルーメンチューブを声門下まで挿管後、気管支ファイバー下にチューブのカフを瘻孔より末梢側に留置した。気管再建中はカフ損傷を回避するために気管支ファイバーによる観察を行った。その後は安定した経過で手術を終了し、術後は気管充填部の安静のためにICUにて2日間人工呼吸管理を行った。〔考察〕気管チューブ、気管切開カニューレが原因とされる気管食道瘻では、危険因子としてカフ圧が重要視される。他院での人工呼吸管理であったので、詳細は不明であったが、瘻孔部位と病歴により以前の人工呼吸管理に関連して形成されたと考えられた。人工呼吸管理の際には気管食道瘻のリスクも念頭に置き、カフ圧にも注意する必要がある。

3. 巨大脾腫を契機に診断に至ったサルコイドーシスの1例

(¹卒後臨床研修センター、²消化器内科)

○山梨裕希¹・◎児玉和久²・田原純子²

〔症例〕22歳女性。〔主訴〕腹部膨満感。〔既往歴〕なし。〔家族歴〕父：ホジキンリンパ腫、多発性硬化症。〔現病歴〕19歳時より認めていた無月経、体重減少、倦怠感に対し、近医で施行した腹部エコー検査にて肝脾腫を指摘されていた。前医にて骨髄生検、positron emission tomography-computed tomography (PET-CT)、脾生検を施行したが、いずれも確定診断には至らなかった。門脈圧亢進症に伴う脾腫・脾機能亢進の可能性を指摘され、201X年X月に精査目的に当科入院となった。〔経過〕身体所見で肝腫大および腹部正中を越える巨大脾腫を触知した。左前頸部に無痛性、可動性良好な弾性軟の1 cm大のリンパ節を触知し、両側の前腕・下腿に茶褐色のまだらな色素沈着を認めた。血液検査で汎血球減少と可溶性interleukin-2 (IL-2) 受容体5990 U/Lと高値を認め、胸部CTでは両肺にびまん性の粒状影を認めた。非特異的な身体症状とCT所見、可溶性IL-2受容体の異常高値よりサルコイドーシスを疑いangiotensin converting enzyme (ACE)、リゾチーム、gamma-globulin (γ-Glb)を測定したところいずれも高値であった。呼吸機能検査では拘束性障害も認めており、肝生検において境界明瞭

で多核巨細胞を含む類上皮肉芽腫を門脈域と肝実質に認めた。以上より本症例をサルコイドーシスと診断した。一般的にサルコイドーシスにおける脾腫の割合は30%程であるが、肋骨下4 cmを超える脾腫を呈する割合は4.7%との報告があり稀な病態である。今回、最大径24 cmと著明な脾腫を契機にサルコイドーシスの診断に至った1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

4. 胆管癌異時性S状結腸転移の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、

²外科、³検査科) ○秋元佑介¹・◎山田泰史²・

横溝 肇²・中安靖代²・久原浩太郎²・

浅香晋一²・碓井健文²・塩澤俊一²・吉松和彦²・

島川 武²・勝部隆男³・加藤博之³・成高義彦²

〔緒言〕胆管癌が大腸転移をきたし治癒切除が可能となることは稀である。今回われわれは、胆管癌術後3年目に発症した胆管癌異時性S状結腸転移に対し、治癒切除を行った1例を経験したので報告する。〔症例〕53歳男性。2年10か月前に閉塞性黄疸を主訴とし当院受診。腹部造影CT (computed tomography) 検査より下部胆管癌による閉塞性黄疸の診断となった。経皮胆管ドレナージによる減黄後に亜全胃温存脾頭十二指腸切除術および門脈合併切除再建術を施行した。病理診断では遠位胆管癌tubular adenocarcinoma, moderately diff, T3aN0M0 Stage IIAであった。術後にテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウムによる補助化学療法を1年間施行し経過観察していた。約2か月前から血清CA19-9値の上昇がみられるも、明らかな再発所見はなかった。今回、下腹部痛で当院受診。腹部造影CT検査を施行したところS状結腸に壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に全周性の狭窄があるものの腫瘍は確認できなかった。血液検査所見ではCA19-9値40.2 U/mlと腫瘍マーカー値の上昇がみられた。狭窄が高度のため手術の方針とし、S状結腸切除術およびD3郭清を施行した。術後は合併症なく第9病日に退院した。病理診断では粘膜から発生した病変ではなく腸管壁内に腺癌が増殖しており、免疫染色でCX7+, CK20+, CDX2-のため遠位胆管癌異時性S状結腸転移の診断となった。〔結語〕胆管癌異時性S状結腸転移の1例を経験した。胆管癌の大腸転移は報告も少なく、若干の考察を加え報告する。

5. 胸部大動脈瘤食道穿破と鑑別を要した食道潰瘍の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、

²救急医療科) ○内山まり子¹・◎庄古知久²

〔背景〕胸部大動脈瘤による食道圧迫で生じた潰瘍は大動脈食道瘻を形成する可能性があり、瘤が食道に穿破した場合は大量出血により救命困難な状況になる。今回、